



HAL
open science

Existe-t-il des arguments médico-économiques pour développer la chirurgie ambulatoire ?

Carine Milcent

► **To cite this version:**

Carine Milcent. Existe-t-il des arguments médico-économiques pour développer la chirurgie ambulatoire?. 4e Congrès Chirurgie ambulatoire en Gynécologie, Nov 2021, Paris, France. hal-03777262

HAL Id: hal-03777262

<https://hal.science/hal-03777262>

Submitted on 14 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL
open science

Existe-t-il des arguments médico-économiques pour développer la chirurgie ambulatoire ?

Carine Milcent

► **To cite this version:**

Carine Milcent. Existe-t-il des arguments médico-économiques pour développer la chirurgie ambulatoire?. 2022. hal-03711364

HAL Id: hal-03711364

<https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-03711364>

Submitted on 14 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Carine Milcent
CNRS & Prof. ass. PSE
Economiste, spécialiste des systèmes de santé

Existe-t-il des arguments médico-économiques pour développer la chirurgie ambulatoire ?

Résumé

Les évolutions sociétales et démographiques, les nouvelles pathologies, l'augmentation de la part de la population atteinte de maladies chroniques, l'innovation avec les progrès de techniques médicales ou encore médicamenteuses conduisent l'hôpital à devoir se réorganiser, se repenser dans un cadre plus large englobant l'ensemble du système de santé. Ce présent article propose un regard sur l'évolution du système de santé français. Il expose la logique du développement de la chirurgie ambulatoire tout en insistant sur les prérequis que ce tournant ambulatoire impose. Cet article éclaire sur la révolution silencieuse qu'est le tournant ambulatoire. Il insiste sur le rôle de l'aidant dans ce système de santé en construction. Ceci imposant une réflexion rapide sur les implications. Il montre une structuration indispensable d'un continuum d'offre de soins pour une continuité des soins du patient entre la ville et l'hôpital, et réciproquement (l'hôpital et la ville). La conclusion est que le système de soins, doit assumer sa transition vers un système de santé où le patient est au centre et où les soins de prévention individualisés prennent une place dans le système de financement, notamment pour la médecine de ville et où l'hôpital devient un centre technique avec un large recours à la chirurgie ambulatoire.

Carine Milcent
CNRS & Prof. ass. PSE
Economiste, spécialiste des systèmes de santé

Existe-t-il des arguments médico-économiques pour développer la chirurgie ambulatoire ?

Le contexte

Les dépenses de santé ne cessent de s'alourdir en part de PIB (de 1950 à 2015, +10,0% pour la CSBM, contre +7,9% pour le PIB en valeur)¹. En 2019, la France consacrait au total 11,3 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,4 point de plus que la moyenne de l'Union européenne. La part des dépenses hospitalière dans les dépenses totales était à son plus haut niveau en 1982 avec 54,7%. Depuis 2002, elle se stabilise autour de 46%.

La demande de soins est plus grande, et suppose une adaptabilité de l'offre. L'un des facteurs est le vieillissement de la population accompagné par une augmentation des maladies chroniques. Ce n'est pas qu'autrefois, les personnes ne souffraient pas de maladie chronique. C'est qu'aujourd'hui, on sait les diagnostiquer précocement et les prendre en charge efficacement. Ainsi, il y a une multiplication des séjours hospitaliers contrairement à autrefois où le patient était admis dans un état grave et sa prise en charge nécessitait un unique séjour hospitalier. Par ailleurs, si l'espérance de vie à la naissance en France est parmi les plus élevés au monde², l'espérance de vie en bonne santé est en dessous de la moyenne européenne. Ainsi, la population des séniors présentant des pathologies chroniques augmente, ayant une espérance de vie de plus en plus longue. Elle nécessite donc des soins médicaux sur une période s'étirant. De surcroît, la part croissante de la population frappée par des pathologies chroniques affecte les capacités d'offre de soins de notre système de santé et rend leurs soins plus complexes. Une insuffisance de leur prise en charge adéquate hors des murs de l'hôpital amène une intensification du travail et une augmentation des tensions au sein des établissements.

La nature de la demande, elle-même, change. L'information se diffuse plus rapidement grâce aux numérique et les patients ont de ce fait, des attentes différentes. Ils sont davantage acteurs et mis au centre de leur soins. Ils exigent aussi une plus grande réactivité des professionnels de santé. Certains patients préfèrent ainsi recourir directement à l'hôpital, où l'ensemble des soins est pourvu, plutôt que de solliciter différents soins de villes avec des temps d'attente démultipliés. L'engorgement régulier des urgences découle, en partie, de ces comportements. La crise des urgences trouve également son explication dans l'organisation des soins de ville. Une Partie croissante des patients se rendant aux urgences nécessite en fait des soins de premiers recours. Dit autrement, ils auraient pu être pris en charge en ville. Suivant les zones géographiques, le manque de densité de praticiens, les manques de capacités de prises en charge de soins non programmés, des horaires très limités conduisent à un engorgement de services d'urgence.

¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1017.pdf>

² En France, l'espérance de vie est de 79,8 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes (source INSEE). L'espérance de vie en bonne santé en France est de 64,1 ans chez femmes et 62,7 chez les hommes, alors que la moyenne en Europe est respectivement de 64,2 et 63,5 ans.

Carine Milcent

CNRS & Prof. ass. PSE

Economiste, spécialiste des systèmes de santé

Enfin, l'innovation permet une prise en charge de pathologies qui jusque-là, ne pouvaient pas l'être. Tandis que les progrès de la médecine ont un double effet : ils nécessitent d'une part, un personnel (soignant médical, para-médical et non médical) d'un très haut niveau de compétence, capable d'une grande adaptabilité à ces progrès techniques. D'autre part, ils mobilisent des équipements performants et très coûteux mais rapidement caduques. Ainsi, le prix d'une nuitée de la chambre hospitalière ne cesse d'augmenter puisqu'il est la résultante de la mobilisation d'un lit mais aussi du temps passé par ce personnel surqualifié et de l'amortissement de cet équipement rapidement vétuste.

En 2019, soit avant la crise sanitaire, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 208,0 milliards d'euros. Elle progressa donc plus vite en 2019 qu'en 2018 (+2,1 % après +1,6 %), du fait de l'évolution des soins hospitaliers³. Ainsi, la pression des dépenses de soins hospitaliers est un sujet majeur pour un contrôle des dépenses de santé.

L'évolution du financement hospitalier

Le manque de moyens des hôpitaux publics français n'est pas discutable. Plusieurs éléments sont mis en avant : les difficultés financières, à travers la dette contractée par les établissements de santé mais également l'insuffisance du montant annuel alloué par établissement pour leur activité. Ce montant découle directement de l'enveloppe nationale définie par l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) votée chaque année par le parlement. Le manque de personnel et de locaux a été également au centre du malaise, détaillé par exemple dans un rapport parlementaire de mars 2019 alarmant sur la situation en psychiatrie en France. Les urgentistes de leur côté ont décrit des services au bord de l'implosion. Le manque d'effectifs était également pointé du doigt par les soignants avant l'épidémie de Covid-19, avec des équipements insuffisants et des infrastructures vétustes. Ces phénomènes s'observent des chambres d'hôpital aux salles d'opération. Ainsi, avant la crise sanitaire causée par le virus Covid-19, il s'agissait d'une véritable situation de crise de l'offre sanitaire. Les décisions prises à l'issu du Ségur de la santé viennent épongées des situations d'urgence d'endettements et des années de retards d'augmentation de salaire sans pour autant créer une onde choc sur l'organisation interne du système de soins en France c'est à dire, sans le faire passer à un système de santé favorisant la prévention individualisée de la santé.

Pour comprendre les difficultés de financement des établissements de santé et l'évolution vers la chirurgie ambulatoire, il est nécessaire de revenir historiquement en arrière.

Après la seconde guerre mondiale et durant les 30 glorieuses, l'offre hospitalière s'est fortement développée en infrastructures, en équipement et en niveau de qualité. En parallèle, l'évolution des dépenses de santé est marquée par une croissance dépassant celle du PIB. La dégradation des finances publiques suite aux chocs pétroliers a conduit à y introduire des contraintes budgétaires. Ce fut tout d'abord, en 1983, sous la forme d'un

³ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2019-resultats>

Carine Milcent

CNRS & Prof. ass. PSE

Economiste, spécialiste des systèmes de santé

budget global pour les établissements hospitaliers publics. Le budget des établissements est alors défini en fonction des dépenses de l'année antérieure alors même qu'il n'y a pas de mesure de leur activité réelle ! Il s'agit d'un rationnement à l'aveugle où les moyens attribués sont déconnectés des besoins. Se développe, en parallèle, un système d'information à l'activité hospitalière (PMSI). Puis, sur la période de 2004 à 2008, il y a la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) s'appuyant sur le PMSI. L'avantage de ce mode de tarification est que, contrairement au budget global, il est ancré sur l'activité réelle des établissements. Toutefois, son fonctionnement théorique a été dévoyé par la conservation de l'enveloppe nationale définissant arbitrairement l'ensemble du budget hospitalier (ONDAM). Aujourd'hui, le système hospitalier est en mutation. A l'instar de nos voisins, la tutelle promeut la chirurgie ambulatoire pour la prise en charge des patients. Mais, revenons sur la T2A...

Avec la T2A, le budget de l'hôpital dépend du nombre et du type de patient soignés. Ainsi, les hôpitaux sont en concurrence. Chaque établissement se doit d'être « attractif », et ne peut miser que sur la qualité de ses actes pour se démarquer d'un établissement voisin, puisque le prix-forfait par séjour est identique pour tous. Ce système devrait donc avoir des effets vertueux et permettre l'amélioration de la qualité des soins. En fait, la situation est plus complexe sur le terrain.

D'abord, le mécanisme du financement de chaque établissement par la T2A se heurte à celui de l'objectif national des dépenses de l'assurance-maladie, le fameux « Ondam ». Celui-ci est une enveloppe fermée : tous les ans, les parlementaires votent ce budget annuel, et celui-ci ne peut être dépassé⁴. Ce qui veut dire que plus l'activité globale des établissements hospitaliers sur le territoire national croît, et plus le montant des forfaits par séjour (GHS) décroît mécaniquement. Cela amène donc les établissements à être fortement en concurrence sur le niveau d'activité. Augmenter son volume d'activité permet d'obtenir un budget plus important mais cela ne se fait qu'au détriment des établissements n'y parvenant pas, ou moins, puisqu'il s'agit d'un jeu à somme nulle au niveau national. Ce mécanisme est d'autant plus délétère que le montant national est jugé comme insuffisant par les acteurs de terrain⁵.

Ensuite, la T2A repose sur l'hypothèse de patients qui ne diffèrent que d'un point de vue clinique. Elle ne prend pas en compte le gradient social des patients ou encore leur fragilité environnementale, qui pourtant a un impact sur leur prise en charge. A titre d'exemple, les taux de césariennes dépendent en France non seulement de facteurs médicaux mais aussi de la diffusion d'informations sur l'accouchement. Les fragilités socio-économiques affectent la participation aux séances de préparation à la naissance⁶. Si les établissements du secteur privé peuvent choisir leurs patients, ceux du secteur public ont une mission de service public impliquant l'obligation d'admission de tous. Ces derniers sont donc amenés à prendre en charge des patients dont le coût dépasse le forfait par séjour (GHS).

⁴ Dans les faits, sur la période, il a été globalement annuellement dépassé.

⁵ Des travaux récents illustrent parfaitement ce phénomène. "From downcoding to upcoding: DRG based payment in hospitals", C. Milcent, PSE Working Papers 2019. Milcent (2019) montre comment, en 2009, l'introduction des niveaux de sévérité dans la classification des séjours, impliquant une augmentation par trois du nombre de groupes, a entraîné une réallocation du budget au détriment des hôpitaux de petites et moyennes capacités d'admissions.

⁶ "Prenatal care and socioeconomic status: effect on cesarean delivery", C. Milcent and S. Zbiri, **Health Economics Review**. <https://healtheconomicreview.springeropen.com/articles/10.1186/s13561-018-0190-x>

Carine Milcent
CNRS & Prof. ass. PSE
Economiste, spécialiste des systèmes de santé

De plus, la T2A ne prend pas suffisamment en compte l'innovation et les progrès techniques. Ceux-ci impactent les pratiques médicales et leur coût. Or, leur diffusion ne se fait pas au même rythme suivant les établissements de santé.

Enfin, dans une situation de forte congestion des établissements publics de santé, la concurrence par la qualité devient limitée. C'est ce que montrent des travaux (Gobillon, Milcent, 2018)⁷. C'est également ce que met en évidence la crise sanitaire du Covid-19 dans les régions les plus touchées où des témoignages de collaborations sans distinction de secteur prennent place. La mise en place des Groupements hospitaliers de territoires (GHT) en 2016 a également brouillé l'intention de la T2A. Les GHT visent à la collaboration entre établissements du service public, en organisant leur complémentarité. Sa logique repose sur l'idée qu'il est inutile de proposer une offre de soins aigus dans une multitude d'établissements plus ou moins équipés pour : mieux vaut les concentrer dans les établissements d'excellence, pour l'essentiel les CHU. Ce faisant, on a réduit voire supprimé des services de soins aigus dans les hôpitaux locaux, de proximité.

La crise du covid19 a cependant semé le doute : a-t-on eu raison de pousser si loin la rationalisation de l'offre de soins, de tout regrouper dans les gros centres hospitaliers ? La réponse est apparue soudain plus incertaine. D'autant que cette complémentarité organisée ne concerne que le secteur public (le privé a été exclu du dispositif, par crainte qu'il ne se spécialise que sur le plus lucratif). La crise sanitaire a pourtant démontré -si besoin en était- la nécessité d'une collaboration entre les deux secteurs.

Le virage ambulatoire impliquant la chirurgie ambulatoire

Nous assistons aujourd'hui à un changement de paradigme du système de soins avec le virage ambulatoire : c'est une révolution silencieuse. L'hôpital n'est plus l'espace où l'on est pris en charge pour des pathologies nécessitant une admission, et d'où l'on ressort soigné. Il est désormais défini comme un des maillons d'un parcours de soins. Le virage ambulatoire procède de la volonté forte de faire de l'hôpital un centre technique où sont traités les patients mais où la suite des soins est prodiguée à domicile ou dans les institutions médico-sociales.

Il ne s'agit plus de séjour hospitalier mais, selon ma terminologie, de passage hospitalier. La durée de soins se compose désormais d'une partie de passages hospitaliers ainsi qu'une partie où le patient ne nécessite plus/pas d'actes lourds mais où son état de santé est fragile. Cette autre partie des soins, qui prenait autrefois place à l'hôpital, nécessite des soins « simples » qui exigent des liens forts entre la médecine de ville, les établissements sociaux, les établissements médico-sociaux mais aussi une place croissante des aidants.

⁷ "Competition and Hospital Quality: Evidence from a reform", with L. Gobillon, PSE Working Papers, 2018

"Evaluating the effect of ownership status on hospital quality: the key factor for hospital performance », L. Gobillon and C. Milcent, **The Annals of Economics and Statistics**, Volume No. 121-122:161-186, 2016.

"Spatial disparities in hospital performance", L. Gobillon and C. Milcent, **Journal of Economic Geography**, Volume N°13(6): 1013-1040, 2013.

Carine Milcent

CNRS & Prof. ass. PSE

Economiste, spécialiste des systèmes de santé

La réforme entamée amène à un « paiement au parcours de soins » et l'introduction d'indicateurs de qualité. Elle a l'objectif de mieux prendre en compte les diversités des populations traitées non plus uniquement sur un plan clinique mais également en termes de précarité et de fragilité économique et sociale. Le patient est alors au centre des soins.

Un tel objectif implique un changement structurel des établissements hospitaliers. Les hôpitaux n'ont plus nécessité d'avoir autant de lits puisque l'objectif de la tutelle est qu'en 2022, plus des 2/3 des séjours soient en chirurgie ambulatoire. Cela signifie des séjours de moins de 12 heures. Ce pourcentage est aujourd'hui de 37%. L'implication est moins de lits, mais aussi des surfaces d'accueil des patients réduites, et moins de personnels... La mission des hôpitaux locaux est à redéfinir, ainsi que la complémentarité entre les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Le virage ambulatoire permet aux patients de limiter leur exposition aux infections nosocomiales et donc une plus grande sécurité des soins hospitaliers. Par ailleurs, le patient retrouve plus rapidement son domicile. Ce virage permet aussi de réduire les dépenses de soins. Le coût de la chambre hospitalière est très élevé car il inclut non seulement le niveau de spécialisation du personnel soignant mais aussi l'amortissement qui lui-même tient compte de toute la technologie de la structure sanitaire et du rythme d'obsolescence des équipements qui s'accroissent avec la vitesse de l'innovation.

Cette transition de séjours hospitaliers à passages hospitaliers, grâce à des séjours de chirurgie ambulatoire (séjour de moins de 12 heures), a des conséquences qui dépassent le décloisonnement entre hôpital et médecine de ville. Pour que cette transition ne se fasse pas au détriment du patient, il est crucial qu'il implique un maillage de l'offre de soins continu en fonction des besoins de soins médicaux, paramédicaux mais aussi non médicaux des patients. Par ailleurs, cette transition implique une place de l'aidant à définir. Il se trouve inclus dans le processus de soins. L'aidant_pierre angulaire est le point de relais entre le patient et les intervenants médicaux, paramédicaux et non médicaux exerçant ou intervenant en ville.

EN CONCLUSION

Le virage ambulatoire est une transformation commune à l'ensemble des pays de l'Organisation de Coopération de Développement Economique (OCDE). Il s'agit d'une tendance de fond. L'innovation et notamment la e-santé offre des perspectives de suivi à distance des patients qui grandit chaque jour. Ces ouvertures d'alternative de prise en charge se fait dans un contexte d'augmentation de la part de la population concernée par une maladie chronique et de vieillissement de la population. Ainsi, les besoins de soins ne cessent de croître tandis que des alternatives de prises en charge efficace se présente. Ce tournant va de pair avec une diminution de la durée des séjours et une transformation plus massive encore de séjours conventionnels en séjours dits de « chirurgie ambulatoire ». Le développement de la chirurgie ambulatoire apparaît donc comme s'imposant au système de soins. Il permet une prise en charge du patient présentant moins de risques (avec une réduction des risques de maladies nosocomiales) et entraînant une dépense hospitalière moindre par un raccourcissement des durées de séjours.

Carine Milcent

CNRS & Prof. ass. PSE

Economiste, spécialiste des systèmes de santé

Toutefois, le virage ambulatoire implique un continuum des soins pour la continuité des soins du patient. Ceci signifie que l'offre de soins doit se transformer pour permettre l'existence de structures sanitaires de degré de spécialisation et de technicité différentes pour la prise en charge du patient à chaque étape de son retour au niveau de santé attendu. Avec la restructuration du tissu d'offre de soins, cette diminution du nombre de lits et de personnels soignants ne devrait pas signifier une diminution de l'offre mais au contraire, cela devrait signifier une réaffectation des patients vers des structures plus adéquates à leur état de santé. A travers la crise sanitaire que nous traversons, les failles d'un tel système sont clairement apparues. Les disparitions de services au sein des établissements hospitaliers entre dans un logique de refonte de l'offre de soins en prenant en compte les possibilités de l'e-santé incluant les soins (au sens large) à distance. Toutefois, la difficulté actuelle est que ce continuum de l'offre des soins n'existe pas (encore) sur le terrain.

Nous étions alors, avant la crise sanitaire du covid-19, invités à nous interroger : notre tissu hospitalier parviendra-t-il à tenir pour permettre notre transition de système de santé ? La question aujourd'hui est plutôt que nous apprend la crise actuelle sur le tournant engagé de notre système de santé ? Ce tournant correspond-il à nos attentes d'un système de soins à la française ? Ce qui est certain est que le système de soin actuel ne peut pas ignorer les changements de la demande soins, l'innovation incluant l'e-santé et les prises en charge de patients par chirurgie ambulatoire.

Le temps très particulier de repos durant le séjour hospitalier, qui était une période hors « temps et espace », qui était une parenthèse d'équité devant la fatigue liée à la maladie devient un temps soumis aux rythmes exigés par la nouvelle organisation hospitalière, tout en continuant à devoir assumer les contraintes de la vie quotidienne à domicile. Ainsi, la question du lien avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux devient centrale. Il s'agit pour ces établissements et services de se re-décliner, se réorganiser afin de répondre à des objectifs plus ambitieux que ceux pour lesquels ils avaient été pensés à l'origine. Cela implique la formation croisée entre les professionnels des soins, les acteurs médico-sociaux et sociaux, et les aidants, entre les prises en charge en ville et à l'hôpital. Il appelle donc à revisiter le système de soin pour un système de santé où des soins de prévention individualisée des patients trouveraient une place davantage centrale.